



ZALECENIA

Konsultanta Krajowego w dziedzinie Psychiatrii i Konsultanta Krajowego w dziedzinie Psychiatrii Dzieci i Młodzieży

*w sprawie opieki czynnej w poradniach zdrowia psychicznego**

RECOMMENDATIONS

of the National Consultant in Psychiatry and the National Consultant in Child and Adolescent Psychiatry

concerning active care provision in outpatient psychiatric clinics

1. Grupy poradniane

1.1. Pacjentów poradni zdrowia psychicznego, zwanej dalej poradnią, należy zakwalifikować do jednej z dwu grup poradnianych:

Grupa 1 – pacjenci wymagający czynnego kierowania przebiegiem leczenia. Chorzy ci stanowią grupę opieki czynnej. O zaliczeniu do grupy czynnej informuje się pacjenta,

Grupa 2 – pacjenci nie wymagający czynnego kierowania przebiegiem leczenia. Chorzy ci stanowią grupę opieki biernej.

1.2. Decyzję o kwalifikacji pacjenta do właściwej grupy poradnianej podejmuje lekarz na podstawie wyników badania psychiatrycznego, ewentualnie uzupełnionych badaniem psychologicznym.

1.3. Kwalifikowanie do grup poradnianych przeprowadza się co najmniej jeden raz w każdym roku leczenia chorego – przy jego pierwszej wizycie w danym roku. Kwalifikacja ta może być zmieniona w wyniku kolejnych kontaktów z pacjentem w danym roku.

2. Definicja opieki czynnej i kryteria kwalifikacji

2.1. Czynna opieka w ambulatoryjnym leczeniu psychiatrycznym oznacza aktywne i zorganizowane postępowanie zespołu terapeutycznego poradni, mające na celu przywrócenie bądź poprawę stanu zdrowia psychicznego pacjentów oraz ułatwienia im samodzielnego życia w środowisku społecznym.

2.2. Opieką czynną należy objąć pacjentów, których stan zdrowia wymaga systematycznej farmakoterapii, psychoterapii lub socjoterapii. Opieką czynną należy objąć w szczególności chorych:

- z nasilonymi objawami zaburzeń psychiatrycznych,
- z częstymi zaostrzeniami i nawrotami choroby,
- z całościowymi zaburzeniami rozwoju psychicznego,
- z zaburzeniami odżywiania, jeśli stan somatyczny zagraża ich zdrowiu,
- wymagających w okresie remisji systematycznego leczenia zapobiegającego nawrotom,
- niezdolnych do samodzielnej egzystencji, a pozbawionych dostatecznej opieki osób bliskich,

* Zalecenia są zaktualizowaną wersją Wytucznych Krajowego Zespołu Specjalistycznego w dziedzinie Psychiatrii z dnia 27.06.1988 r. w sprawie opieki czynnej w poradniach zdrowia psychicznego.

- pozostających w konfliktowej sytuacji środowiskowej,
 - nieletnich w sytuacji zaniedbania opieki ze strony rodziny,
 - nieletnich skierowanych do opieki poradnianej przez Sąd Rodzinny.
- 2.3. Podjęcie decyzji o czynnym kierowaniu przebiegiem leczenia pacjenta zobowiązuje poradnię do:
- sporządzenia i korygowania planu terapeutycznego,
 - zapewnienia odpowiedniej częstości kontaktów zespołu terapeutycznego z chorym, a w przypadku nieletnich także z jego rodzicami,
 - współpracy ze środowiskiem społecznym pacjenta, a w przypadku nieletnich także z rodziną i szkołą, oraz do pomocy w rozwiązywaniu problemów socjalno-bytowych, jeśli zachodzi taka potrzeba,
 - współpracy i współdziałania z oddziałem szpitalnym oraz placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, gdy stan chorego wymaga ich udziału w leczeniu.

W stosunku do chorych objętych opieką czynną zaleca się rozszerzenie (w miarę możliwości kadrowych i organizacyjnych) świadczeń poradni o świadczenie zespołu środowiskowego i hospitalizacji dziennej oraz tworzenie lub wspieranie grup samopomocy pacjentów i ich rodzin.

3. Sprawowanie opieki czynnej

- 3.1. W stosunku do każdego pacjenta zakwalifikowanego do opieki czynnej, lekarz zobowiązany jest do sporządzenia – po konsultacji z pozostałymi członkami zespołu terapeutycznego – planu terapeutycznego i zamieszczenia go w historii choroby. Plan terapeutyczny powinien zawierać listę podstawowych problemów zdrowotnych i społecznych chorego, celów terapii oraz planowanych metod ich osiągnięcia.
- 3.2. W stosunku do wszystkich chorych grupy opieki czynnej obowiązuje zasada zorga-

nizowania co najmniej jednego kontaktu z pacjentem w okresie 2 miesięcy. Personel poradni zobowiązany jest do:

- wyznaczania przy każdym kontakcie terminu i miejsca następnego kontaktu z poradnią,
 - określenia terminów wizyt pacjentom wypisanym z oddziału psychiatrycznego z zaleceniem opieki czynnej w okresie nie przekraczającym 3 tygodni od daty wypisu (jeżeli zalecenia szpitala nie są inne),
 - kontroli zgłaszania się pacjentów w wyznaczonym terminie,
 - podjęcia odpowiednich działań w przypadku niezgłoszenia się chorego.
- 3.2.1. W przypadku niezgłoszenia się pacjenta w wyznaczonym terminie lekarz poradni zdrowia psychicznego ustala dopuszczalny okres zwłoki w kontakcie z pacjentem oraz podejmuje co najmniej jeden spośród następujących sposobów nawiązania kontaktu:
- kontakt telefoniczny z pacjentem lub jego rodziną,
 - kontakt listowny (wysłanie listu z prośbą o zgłoszenie się do poradni, na kopercie nie należy przystawiać pieczętki poradni zdrowia psychicznego),
 - kontakt bezpośredni (najczęściej wizyta lekarza lub innego fachowego pracownika w domu pacjenta).

Podjęte działania mają na celu utrzymanie kontaktu pracownika poradni z pacjentem w terminie nie przekraczającym ustalonego okresu zwłoki.

- 3.2.2. Środki transportu, ułatwiające personelowi poradni bezpośredni kontakt z pacjentami udostępnia dyrekcja zespołu opieki zdrowotnej.
- 3.2.3. Nawiązanie kontaktu telefonicznego, listownego bądź bezpośredniego nie może być inicjowane przez poradnię w przypadku zdecydowanego sprzeciwu pacjenta lub – jeśli jest on niezdolny do wyrażenia woli – w razie wyraźnego sprzeciwu ustawowego przedstawiciela chorego, a w przypadku nieletnich – sprzeciwu

rodziców. Zasada nienawiązywania kontaktu z chorym bez jego zgody nie obowiązuje w przypadku pacjentów, których zachowanie, będące następstwem choroby psychicznej, stanowi bezpośrednie zagrożenie dla ich życia lub zdrowia i życia innych osób, a któremu można zapobiec poprzez niezwłoczną interwencję (zgodnie z Ustawą o ochronie zdrowia psychicznego).

3.3. Zespół terapeutyczny poradni zobowiązany jest do utrzymania ciągłego kontaktu ze środowiskiem społecznym pacjenta. Kontakty te winny służyć:

- uzyskaniu niezbędnych danych o stanie zdrowia i funkcjonowaniu społecznym chorego,
- rozwiązywaniu jego problemów środowiskowych.

Rozwiązaniu problemów środowiskowych pacjenta służyć może organizowanie sesji rodzinnych, prowadzenie rozmów o charakterze konsultacyjnym z bliskimi pacjenta oraz w niezbędnym zakresie z jego sąsiadami bądź współpracownikami. Wskazane jest prowadzenie różnych form pomocy i interwencji psychoterapeutycznych i socjoterapeutycznych, których zakres i intensywność zależne są od możliwości lokalowych, kadrowych i organizacyjnych poradni. Wykonywanie tych zadań pozostaje w kompetencji całego zespołu terapeutycznego poradni, a zwłaszcza psychologa, pracownika socjalnego oraz pielęgniarki. Podjęcie takich działań powinny poprzedzać analiza sytuacji środowiskowej pacjenta oraz – poza wyjątkowymi przypadkami – uzyskanie jego zgody.

3.3.1. Poradnia zobowiązana jest do pomocy w uzyskaniu oparcia socjalno-bytowego dla pacjentów grupy opieki czynnej znajdujących się w złych warunkach bytowych. Szczególnie aktywnej pomocy wymagają ci, którzy ze względu na zły stan zdrowia psychicznego oraz brak opieki bliskich nie są zdolni do samodzielnego rozwiązywania swych proble-

mów. Obowiązkiem poradni jest wtedy zainicjowanie kontaktu z właściwymi placówkami, przygotowanie i przekazanie wymaganych wniosków oraz nadzorowanie skuteczności uzyskiwanej pomocy w zakresie:

- spraw mieszkaniowych,
- orzecznictwa inwalidzkiego,
- zaopatrzenia emerytalnego,
- opieki nad dzieckiem,
- kontynuacji nauki lub zatrudnienia,
- świadczeń bytowych (pieniężnych, w naturze lub usługach),
- umieszczenia w placówkach opiekuńczych (np. środowiskowym domu samopomocy, zakładzie opiekuńczo-leczniczym, domu pomocy społecznej).

3.3.2. W zakresie pomocy udzielanej pacjentom, poradnia jest zobowiązana czynnie współpracować z innymi działającymi w rejonie poradni placówkami lecznictwa psychiatrycznego, terenowymi organami administracji rządowej i samorządowej oraz organizacjami i stowarzyszeniami społecznymi oferującymi pomoc lub samopomoc w zakresie oparcia społecznego.

3.4. Niezbędnym warunkiem zachowania ciągłości leczenia jest utrzymywanie przez poradnię stałego kontaktu z właściwym oddziałem szpitala psychiatrycznego bądź ogólnego. Zaleca się systematyczne utrzymywanie takiego kontaktu w formie:

- wymiany informacji oraz przekazywania dokumentów pacjentów opuszczających szpital i rozpoczynających hospitalizację,
- wzajemnych konsultacji w trudnych przypadkach diagnostycznych i terapeutycznych,
- okresowych spotkań z ordynatorem i zespołem oddziału.

4. Opieka bierna

4.1. Pacjentom zakwalifikowanym do grupy drugiej (opieka bierna) pozostawiona jest inicjatywa częstości kontaktu z poradnią zdrowia psychicznego.

- 4.2. Pacjentom zakwalifikowanym do opieki biernej, znajdującym się w szczególnie złych warunkach socjalno-bytowych, poradnia zobowiązana jest udzielić informacji dotyczącej placówki kompetentnej w udzieleniu pomocy oraz trybu załatwiania sprawy.
- 4.3. W sytuacjach szczególnych, kiedy niezbędna jest natychmiastowa poprawa warunków socjalno-bytowych pacjenta zakwalifikowanego do opieki biernej, poradnia zobowiązana jest do udzielenia mu pomocy na zasadach określonych w pkt. 3.3.1.

KONSULTANT KRAJOWY
W DZIEDZINIE PSYCHIATRII DZIECI I MŁODZIEŻY
() *Prof. dr hab. Irena Namysłowska*

KONSULTANT KRAJOWY
W DZIEDZINIE PSYCHIATRII
() *Prof. dr hab. Stanisław Pużyński*